

Direkt és indirekt autoagresszív viselkedésformák kapcsolódása és veszélyeik (diagnosztikus, terápiás és preventív lehetőségek)

Zárójelentés

Temesváry Beáta

Az emberi önpusztítás jelentősen eltér az állatvilágban is ismert autodestruktív magatartástól. Az ember ugyanis rendelkezik *jövő-anticipáló képességgel*, illetve olyan emlékezeti kapacitással bír, amely elraktározza azokat az új kreációkat, elővételezett kimeneteleket, új terveket és új célokat, amelyeket Damasio „a jövő emlékeinek” nevezett.

Emellett a *humán haláltudat* is eltér az állatok – valószínűleg csupán aktuális veszélyhelyzetben mobilizálódó halálfélelemre korlátozódó - haláltudatától. Az ember ugyanis bizonyos életkor és bizonyos intellektuális szint fölött tudatában van léte végességének, s annak is, hogy halála időpontját akár maga is meghatározhatja. Az emberi finalitás "önkéntes" befolyásolási szándéka többféle formában is érvényesülhet.

1). A *direkt* önpusztítás (öngyilkosság) megkísérlése vagy végrehajtása mellett előfordulnak 2). *indirekt* önpusztító magatartásformák (alkohol- és kábítószer-fogyasztás, egészségtelen/önkárosító életvitel stb.). A direkt önpusztítás egyik legspeciálisabb formájának tekinthető, az *eutanázia* szorgalmazása is.

A Ringel által leírt "*szuicidális klíma*"-koncepció alapján feltételezhető, hogy a Közép-Európában (s ezen belül is a volt Osztrák-Magyar Monarchia igen magas szuicid rátájú utódállamaiban (kiváltképp hazánkban) nemcsak szuicidális, hanem kimondottan "*szuicidogén klíma*" érvényesül. (Temesváry, 1986, 1993, 1996, 2005) A feltételezett szuicidogén klíma egy része mindenképpen *szociokulturális gyökerű*. Az önpusztító tradíciók továbbélése, az autodestruktív magatartásformák preferálása, a gondolkodásmódban és viselkedésben a Kézdi által leírt "negatív kód" érvényesülése, vagy a halálnak/öngyilkosságnak Shneidman által megfogalmazott "glorifikálása", ill. a szuicídiummal kapcsolatos *pozitív-ambivalens attitűdök* továbbvitele képezi, illetve tartósítja ezt. (Temesváry, 1988; 1996) Az öngyilkosság ugyanakkor nem önálló betegségentitás, hanem csak fenomenológiailag közös nevezőre hozható szimptóma, ami csakis *holisztikus betegségkoncepció* (Engel, 1977), a *biológiai, pszichés és szociális determináció együttese* (Szilárd, Temesváry, 1979) alapján értelmezhető. Bár az önpusztításban *jelenségszinten* (mind a motiváció, mind pedig a kiváltó okok terén, sőt az autodestrukció következményeiben is) a

pszichoszociális szféra érintettsége dominál, tagadhatatlan - bár még minden részletében nem kellően ismert - a *biológiai faktorok* meghatározó szerepe is. A *biopszichoszociális* egység elvét valló *integratív/holisztikus* betegségkoncepciók a pszichopatológiai jelenségek – így az önpusztítás - keletkezésében, modifikálásában és lefutásában is *mindhárom szféra* érintettségét hangsúlyozzák, jóllehet egy-egy adott jelenség/állapot/betegség esetén általában egy-egy kiemelt faktor dominanciája valószínűsíthető (Szilárd, Temesváry, 1979; Szilárd és mtsai, 1986; Temesváry és mtsai, 1991, Temesváry, 2005).

A direkt és indirekt autodestruktivitást/önpusztítást komplex, multifaktoriális determinációja ellenére, pszichodinamikai vonatkozásban az *autoagresszivitással* csaknem szinonim fogalomnak tartjuk. A mélylélektani megközelítésű, klasszikus pszichológiai felfogások (Freud, Abraham, Stekel) az öngyilkosságban éppúgy kiemelt jelentőséget tulajdonítanak az individuumon belüli *agresszió* keletkezésének, növekedésének, illetve gátlódásának/elfojtásának, majd a *gátolt agresszió saját személy ellen fordulásának*, mint ahogy azt nemcsak a modern lélektani elméletek (Ringel, Kohut, Henseler, Kernberg), hanem a biológiai pszichiátriai kutatások, illetve elméleti ismeretek is teszik. (Åsberg, Linnoila, van Praag, Coccaro, Mann, stb.)

Bár Stengel és követői bizonyos (valóban fennálló) pszichoszociális tényezőkbeli eltérések alapján különbséget tesznek a direkt önpusztítás/öngyilkosság jelenségekörén belül is a letálisan végződő tett (*szuicidium*) és a "csak" *szuicid kísérletként* záródó autodestruktív cselekmények között, ennél sokkal valószínűbbek az önpusztítás *kontinuitás elméletét* valló felfogások (amit magunk is képviselünk), ami jelen kutatásnak következtetései is alátámasztanak.

Az önpusztítás biológiai gyökerei

A 70-es évek óta ismert (s számos, azóta publikált nemzetközi vizsgálati adat is alátámasztja), hogy a szerotonerg rendszer kiemelt jelentőségű mind a nyílt önpusztítás (öngyilkosság), mind a „rejtett” autodestrukció (alkohol- és drogfüggőség) keletkezésében.

A jelenségek hátterében agressziószabályozási/impulzuskontroll zavar áll. Ez utóbbit támasztja alá korábbi (WHO) multicentrikus vizsgálatunk is, ami régióinkban a violens módszerek túlsúlyával magyarázza azt a tényt, hogy miközben a magyar öngyilkossági-kísérlet - ráta nem kiemelkedő a többi európai országéhoz képest, a szuicid ráta (az utóbbi közel két évtized csökkenése ellenére is) igen magas (Schmidtke, ... Temesváry et al, 1996; Fekete, Temesváry, Osváth, 2004). Ez az eredmény más hazai szerzők tapasztalataival egybeesik (Fekete és mtsai, 2000; Szádóczky, Vitrai, Rihmer és mtsai, 2000). Az

impulzivitás, mint személyiségjellemző, csak részben biológiai eredetű, a szociokulturális hatásnak, a magatartásminta szociális tanulás általi követése révén is létrejöhet.

Vizsgálati eredmény

Az öngyilkosság holisztikusan értelmezhető biopszichoszociális determinált jelenség. A szuicidális viselkedéssel összefüggő szerotonerg diszfunkciót vizsgáltuk. A 13q14-q21 kromoszómára lokalizálódó humán 5HT2A receptor gén három axont és többféle polymorphismust tartalmaz. Vizsgáltuk a T/C szubsztitúció 102-es pozíciójú „silent polymorphismusát” (37 szuicidiumot megkísérelt és 38 kontroll személy). A C/C genotípus és a C allel nagyobb gyakoriságú volt a szuicidiumot megkíséreltek között (26 ill. 49%), mint a kontrollcsoportban (16 ill. 42%). A TPH gén a 11. kromoszóma (11p14-p15.3) rövid karján lokalizálódik, és egy adenin/cytosin transzverziót mutat a 218-an nukleoida 7-es intronján. A TPH A218C polymorphismust vizsgáltuk a szuicidiumot megkíséreltek és a kontrollszemélyek között. A C/C genotípus és a C allel nagyobb arányban fordult elő a szuicidiumot megkíséreltek közt (8 ill. 45%) (kontroll: 0 ill. 37%).

Az önpusztítás pszichoszociális vetületei

Az önpusztítás kontinuitását valló teoretikusok kevés kivétellel (pl. Eser, Hendin) megfélekeznek arról, hogy az önpusztítás spektruma nem teljes az eutanáziajelenségek köre nélkül (Temesváry, 2004).

Az eufemisztikusan „szép halálnak” tartott eutanázia szerencsére még passzív formájában is csak kevés országban elfogadott. E látszólag „csupán” jogi-etikai és filozófiai probléma komoly (kór)lélektani relevanciájú. A szenvedés, amitől az eutanáziát kívánó személyek többsége meg kíván szabadulni, mind fizikai, mind pszichés vonatkozásban szubjektív jelenség, illetve megélési mód. Lélektanilag ugyanazzal a mechanizmussal magyarázható („kilépés a kellemetlen helyzetből”, Stengel, 1964; Linden, 1969), ami az öngyilkosság egyik fő mozgatórugója (s ami különösen impulzív személyiségstruktúrájánál dominál). Az eutanázia „kivívásában” sajnálatos módon nem csak az egyéni elhatározásnak van szerepe. Az önkéntes halál e sajátos formájának a *másokra* (az orvosra) *átruházására* a *megváltozott* (beszűkült) (a legtöbb nemzetközi vizsgálat szerint depresszív) *tudatállapotban* hozott döntés önmagában sem jogosítaná fel a páciens. Bonyolítja a helyzetet, hogy a döntésben olyan (családi, egészségügyi vagy társadalmi) közvetlen vagy közvetett presszió is szerepet játszhat, ami egyenesen megkérdőjelezi az eutanázia-kívánság önkéntességét. Csak

az eutanáziának az öngyilkosság pszichodinamikájával történő összevetése és hasonlóságuk hangsúlyozása akadályozhatja meg azt, hogy

- laikus (politikai) viták tárgyává váljon a „szép halál”, és ne orvos-szakmai kérdés maradjon,
- olyan nem-természetes, erőszakos halálnem váljon elterjedté, ami többféle visszaélésre is lehetőséget nyújt, s ami
- intrafamiliaris „szociális mintaként” is szolgálhat a családokon belüli halmozódó öngyilkosságokhoz hasonlóan, „*eutanázia-mintát*” nyújtva az utódoknak. Ezzel a veszéllyel járhat ugyanis, ha egy szociokulturálisan agressziókezelési zavarra, probléma-megoldási inszufficienciára és önpusztításra hajlamos „szuicidogén klímában” - ami hazánkat jellemzi -, engedélyeznék a „másra átruházott szuicidiumot” (Temesváry, Szilárd, 2004), az eutanáziát.

(Megjegyzés: A korábbi jelentésekben említett akadályok – átszervezés, a résztvevők munkahelyváltása, a laboratórium más intézményhez csatolása, az osztály rekonstrukció miatti részleges szüneteltetése – csaknem lehetetlenné tették a tervezett vizsgálatok elvégzését. Nem lehetett több laboratóriumi vizsgálati módszert beállítani; a pszichológus kiválásával a pszichológiai vizsgálatokat elvégezni. Vannak olyan tervezett vizsgálatok, amelyekhez megtörtént a vérminta-vétel, de a módszer-beállítás még várat magára. Emiatt a tervezett kiadások is módosultak. Nagyobb összeget fordítottunk az elméleti háttér bővítésére; szakkönyvek beszerzésére, könyvtárközi kölcsönzésre).

Bibliográfia

1. Temesváry, B.: Alcohol is a psychoactive drug. Vth International Symposium of Interdisciplinary Regional Research. Szeged, 4-6 október, 2001 (Abstr. P. 95)
2. Temesváry, B.: Az öngyilkosság és az agresszió néhány pszichiátriai vetülete. Belügyi Szemle, 2001;1:85, 2001
3. Temesváry, B.: Direkt és indirekt önpusztítás. Magyar Addiktológiai Társaság IV. Országos Kongresszusa. Balatonfüred, 2002. október 17-19. Ö.f. 111-119
4. Temesváry, B.: Az alkoholelvonási tünetek kezelése. Háziorvos Továbbképző Szemle, 2003;8:559-566.
5. Ambrus, L., Juhász, A., Godó, Gy., Rimanóczy, Á., Boncz, I., Temesváry, B., Janka, Z.: Impulzív és agresszív vonások összefüggésében a triptofán-hidroxiláz A218C polimorfizmusai. III. MPT Nagygyűlés, Budapest, 2005. (Ö.f. megjelent a PH 2004-es évi kongresszusi kiadványában)
6. Fekete, S., Temesváry, B., Osváth, P.: WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide Result of Pécs and Szeged Centre. In: Schmidtke, A., Bille-Brache, U., De-Leo, D., Kerkhof, A (eds): Suicidal Behaviour in Europe, Hubert Hogrefe, Göttingen, 2004
7. Schmidtke, A., et al (... Temesváry, B.): Suicidal Behavioral in Europe: Chapt 4. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. In: Schmidtke, A., Bille-Brache, U., De-Leo, D., Kerkhof, A (eds): Suicidal Behaviour in Europe, Hubert Hogrefe, Göttingen, 2004.

8. Schmidtke, et al (...Temesváry, B.): Chapt 5. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. . In: Schmidtke, A., Bille-Brache, U., De-Leo, D., Kerkhof, A (eds): Suicidal Behaviour in Europe, Hubert Hogrefe, Göttingen, 2004.
9. Szilárd, J., Temesváry, B.: A destruktív és az autodestruktív gyermek és serdülő. Az MPT Nemzetközi Kongresszusa. Psychiatria Hungarica, 2004 (supp. 7.)
10. Temesváry, B., Szilárd, J.: Kreatív vagy destruktív agresszió? MPT Nemzetközi Kongresszusa. Psychiatria Hungarica, 2004 (supp. 89).
11. Temesváry, B.: Alkoholizmus-deviancia, indirekt önpusztítás vagy betegség. Magyar Addiktológiai Társaság V. Országos Kongresszusa, Balatonfüred, 2004. október 21-23. (Ö.f. kiadványban)
12. Temesváry, B., Szilárd, J.: Időskorúak és az eutanázia. Magyar Gerontológiai Társaság Nagygyűlése, Szeged, 2004 (Ö.f. kongresszusi kiadványban).
13. Temesváry, B.: Az önpusztítás spektruma (felkért referátum). MPT Vándorgyűlés, 2004 (Ö.f.: megjelent a Psychiatria Hungarica kongresszusi különszámában).
14. Temesváry, B., Szilárd, J.: Időskorúak és az eutanázia. (felkért konzuláns) Magyar Belorvosi Archívum, 2004/3;137-141.
15. Temesváry, B.: Szuicidológiai Kézikönyv, Szeged, 2004 (in press), ISBN: 963 217 7061, 2005
16. Temesváry, B.: Open and hidden forms of autodestruction. Health promotion in higher education in the light of the Bologna process. International Conference, 22-23 September, 2005 Szeged (Anstr. P. 23)